

[様式 9 - 1]

福祉サービス等第三者評価結果

総合評価

| | | | |
|-------|----------------|------|------------------|
| 受診施設名 | 障害者支援施設八木寮 | 施設種別 | 生活介護・入所支援・短期入所支援 |
| 評価機関名 | 一般社団法人京都社会福祉士会 | | |

令和5年5月25日

| | |
|------------|--|
| 総 評 | <p>障害者支援施設八木寮は、障害児父母の会の訴えにより昭和57年八木町に開設された知的障害者入所更生施設を前身とする施設です。緑に囲まれた落ち着いた雰囲気の中に建てられた施設の隣には府立丹波支援学校があり、卒業後の受入れ先となることもあります。</p> <p>施設では、法人理念「和顔愛語～人にはやさしい笑顔で・心は豊かに・言葉は和やかに～」のもと、事業計画を基に活動ごとの部門計画を作成し、利用者の安心・安全のために日々取組まれています。また、生活班と健康班、環境班に分かれた日中活動や、月1回実施される利用者自治会「さくらんぼ会」、ミュージックケア、口腔クリーニング等は利用者を中心に考えられた取組です。語られる職員の方々から熱意を感じました。</p> <p>建物一部の老朽化や利用者の高齢化・重度化とともに、利用者の年齢層が幅広くなり、様々な対応が求められるなか、今回15年ぶりに第三者評価を受診されました。この受診を機に、今後更に職員一丸となって取組まれること、今後の活動を期待し、下記のアドバイスをさせていただきます。</p> |
| 特に良かった点(※) | <p>○利用者を中心に考えた日々の支援</p> <p>コロナ禍において利用者の活動機会確保のためのルームランナー導入や施設菜園で採れた野菜を使った調理実習、内職の電気配線用絶縁ステップルの仕上げ作業、毎月のミュージックケアや口腔クリーニング、工夫された食事提供等、利用者個々の障害特性を把握した上で、利用者にとってのより良い過ごし方を考えて日々の支援に取組まれている姿勢が随所に伺えました。</p> <p>○就職後の資格取得支援</p> <p>法人において国家資格取得にかかる研修費用（テキスト代・研修費・旅費）の2分の1を補助する制度を定め、入職後3年経過する職員には制度を活用した介護福祉士取得を推奨しておられます。支援員の8割が介護福祉士を取得されており、専門的な知識や技術を有する職員の確保と人材育成に積極的に取組まれています。</p> <p>○働きやすい職場環境</p> <p>職員のひと月の希望休が公休日数の2分の1（有給希望を含む）あり、休暇取得に配慮されている他、子育て世代の時短勤務や夜勤免除等、ワークライフバランスに配慮した働きやすい職場環境を整えられています。</p> |

| | |
|---------------------------|---|
| <p>特に改善が 望まれる点(※)</p> | <p>○中・長期計画の策定</p> <p>主任会議等で5年後や10年後に向けての検討をされていますが、中・長期計画の策定には至っていません。施設開設から40年が経過するなかで、建物の老朽化や利用者の高齢化・重度化が進み、状況に応じた対応が求められてきています。見通しを持って事業運営を行うために3年後や5年後のビジョンを明確にした中・長期計画の策定を法人全体で検討されることをお勧めします。</p> <p>○規程・マニュアル等の整理</p> <p>各種規程やマニュアルを整備されていますが、確認したい時に直ぐ確認できる状況ではありませんでした。職員の誰もが直ぐに確認できるように規定・マニュアルの整理と保管場所の確認、共有、そして定期的に更新・見直しをされてはいかがでしょうか。</p> <p>○居室空間におけるプライバシーの確保</p> <p>2012（平成24）年の耐震化工事に合わせて新棟を建設し、1人部屋の居住棟を確保し、既存の4人部屋を2人部屋へと改修されましたが、2人部屋に間仕切り等は無く、利用者のプライバシー確保が難しい状況にありました。利用者の障害特性に配慮しつつも、利用者個々のプライベートな空間が確保できるような環境の工夫についてご検討をお願いします。</p> |
|---------------------------|---|

※それぞれ内容を3点程度に絞って掲載しています。評価項目毎のコメントは「評価結果対比シート」の「自由記述欄」に記載しています。

京都府福祉サービス等第三者評価事業

[様式9-2]

【障害事業所版】

評価結果対比シート

| | |
|-------|------------------|
| 受診施設名 | 障害者支援施設八木寮 |
| 施設種別 | 生活介護・入所支援・短期入所支援 |
| 評価機関名 | 一般社団法人京都社会福祉士会 |
| 訪問調査日 | 2023年3月16日 |

I 福祉サービスの基本方針と組織

| 評価分類 | 評価項目 | 通番 | 評価細目 | 評価結果 | |
|----------------|--------------------------------|----|---------------------------|------|-------|
| | | | | 自己評価 | 第三者評価 |
| I-1 理念、基本方針 | I-1-(1) 理念、基本方針が確立・周知されている。 | 1 | ① 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。 | b | b |

[自由記述欄]

1. 施設・法人設立より理念は設けていませんでしたが、2008（平成20）年に前理事長が理念を定めています。現在も継承し、玄関ホールや職員室に掲示しています。また、職員ユニフォームとして、背面に理念をプリントしたTシャツを貸与しています。ホームページや事業計画には、理念とともに基本方針を掲載し周知していますが、職員への説明、利用者への説明を目的とした取り組みは実施していません。

| 評価分類 | 評価項目 | 通番 | 評価細目 | 評価結果 | |
|----------------|--------------------------------|----|--|------|-------|
| | | | | 自己評価 | 第三者評価 |
| I-2 経営状況の把握 | I-2-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。 | 2 | ① 法人として事業経営をとりまく環境と経営状況が的確に把握・分析されている。 | b | b |
| | | 3 | ② 経営課題を明確にし、具体的な取組を進めている。 | b | b |

[自由記述欄]

2. 現在入所定員は満たしていないため、近隣市町村等に情報提供を行うなどの取り組みを行っていますが、近隣市町村の福祉の動向、潜在的ニーズの把握までは行っていません。
3. 法人合同の部長会議や施設の主任会議で課題を協議していますが、中長期的な計画につながる経営課題は明確にしていません。主任会議の報告は回覧し、職員に周知しています。

| 評価分類 | 評価項目 | 通番 | 評価細目 | 評価結果 | |
|----------------|------------------------------------|----|---|------|-------|
| | | | | 自己評価 | 第三者評価 |
| I-3 事業計画の策定 | I-3-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。 | 4 | ① 法人として中・長期的なビジョンを明確にした計画が策定されている。 | c | c |
| | | 5 | ② 中・長期のビジョンを踏まえた単年度の計画が策定されている。 | b | c |
| | I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。 | 6 | ① 事業計画の策定と実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われ、職員が理解している。 | b | a |
| | | 7 | ② 事業計画は、障害のある本人等に周知され、理解を促している。 | b | b |

[自由記述欄]

4. 主任会議等で5年後、10年後に向けた討議はしていますが、中・長期的なビジョンを明確にした計画は策定できていません。
5. 単年度計画は策定していますが、中・長期計画を踏まえた計画とはなっていません。
6. 事業計画は、各委員会の意見を集約した上で策定しています。計画のまとめとして年度末に評価を行い、次期計画作成する仕組みがあり、PDCAサイクルに基づいて策定しています。事業計画は職員一人ひとりに配布して周知を図っています。
7. 事業計画は保護者を開催して家族等に周知しています。欠席者には郵送にて対応し、ホームページでも公開しています。しかし、利用者に周知する取り組みや工夫はしていません。

| 評価分類 | 評価項目 | 通番 | 評価細目 | 評価結果 | |
|--------------------------------|---------------------------------------|----|---|------|-------|
| | | | | 自己評価 | 第三者評価 |
| I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組 | I-4-(1) 質の向上に向けた取組が組織的・計画的に行われている。 | 8 | ① 福祉サービスの質の向上に向けた取組が組織的に行われ、機能している。 | c | c |
| | | 9 | ② 評価結果に基づき組織として取組むべき課題を明確にし、計画的な改善策を実施している。 | c | c |

[自由記述欄]

8. 2007年の受診後、定期受診はしておらず今回の受診に至っています。取り組みに対する定期的な自己評価はしていませんが、今回の受診にあたって、自己評価委員会を立ち上げ、職員参画のもと評価検討を行いました。
9. 定期受診はしていないため、評価結果の検討等は行っていません。

II 組織の運営管理

| 評価分類 | 評価項目 | 通番 | 評価細目 | 評価結果 | |
|------------------------|----------------------------------|----|--|------|-------|
| | | | | 自己評価 | 第三者評価 |
| II-1 管理者の責任とリーダーシップ | II-1-(1) 管理者の責任が明確にされている。 | 10 | ① 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して表明し理解を図っている。 | b | b |
| | | 11 | ② 遵守すべき法令等を正しく理解するための取組を行っている。 | c | b |
| | II-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。 | 12 | ① 福祉サービスの質の向上に意欲をもち、その取組にリーダーシップを発揮している。 | c | b |
| | | 13 | ② 経営の改善や業務の実行性を高める取組にリーダーシップを発揮している。 | c | b |

[自由記述欄]

10. 「管理規則」に施設長の役割を明示しています。主任会議、施設内に設置する各種委員会に施設長も参画していますが、自らの経営・管理等に関する方針は明確しておらず、理解を図る取り組みはできていません。
 11. 虐待防止委員会は施設長が司会を務め、虐待防止のための対策等を検討しています。施設長は2022年度は法令遵守等に関する研修や勉強会に参加しているが、法令等のリスト化は行っていません。
 12. 施設長は、主任会議や各種委員会に参画し、組織内の体制を構築していますが、福祉サービスの現状や質の向上に関する課題把握は不十分です。
 13. 勤務表は施設長が作成しており、職員の希望に配慮した人員配置や勤務調整を行っています。各種委員会の参画や職員が自ら設定する自己改善シートにコメントするなどしています。しかし、経営改善や業務の実行性の向上のための分析はしていません。

| 評価分類 | 評価項目 | 通番 | 評価細目 | 評価結果 | |
|--------------------|---|----|--|------|-------|
| | | | | 自己評価 | 第三者評価 |
| II-2 福祉人材の確保・養成 | II-2-(1) 福祉人材の確保・育成計画、人事管理の体制が整備されている。 | 14 | ① 必要な福祉人材の確保・定着等に関する具体的な計画が確立し、取組が実施されている。 | b | b |
| | | 15 | ② 総合的な人事管理が行われている。 | c | b |
| | II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。 | 16 | ① 職員の就業状況や意向を把握し、働きやすい職場づくりに取り組んでいる。 | b | a |

[自由記述欄]

14. 国家資格取得にかかる研修費用（テキスト代・研修費・旅費）の2分の1を補助する制度を就業規則に定めています。介護福祉士取得が可能な職員には、制度利用を推奨しています。福祉人材確保のため、実習から就職につながるよう働きかけしています。
 15. 「倫理綱領」、「行動規範」を設け、期待する職員増を明確にしています。「自己改善シート」を作成し、職員自身が設定した目標を3か月毎に評価する仕組みを導入し、上司がコメントしています。人事考課制度やキャリアパスはなく、人事基準は明確になっていません。
 16. 施設長が勤務表を作成し労務管理、有給休暇取得状況などを把握しています。また、相談窓口の設置や管理職によるスーパーバイスなどを行っています。子育て世代の時短勤務、夜勤免除などワークライフバランスに配慮しています。施設負担で民間福利厚生センターに加入しています。

| 評価分類 | 評価項目 | 通番 | 評価細目 | 評価結果 | |
|--------------------|---|----|---|------|-------|
| | | | | 自己評価 | 第三者評価 |
| II-2 福祉人材の確保・養成 | II-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。 | 17 | ① 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。 | b | b |
| | | 18 | ② 職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定され、教育・研修が実施されている。 | b | a |
| | | 19 | ③ 職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。 | b | a |
| | II-2-(4) 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成が適切に行われている。 | 20 | ① 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。 | b | b |

[自由記述欄]

17. 「自己改善シート」にて職員自身が設定した目標を3か月毎に評価する仕組みを導入し、上司がコメントしています。総主任による個別面談を3年前に導入しましたが、面談は計画的に進められていません。
 18. 単年度事業計画の基本方針に「期待する職員像」を明示しています。新任職員育成のための「サポート年間計画表」を作成し、支援部総主任が担当者として教育・研修を行っています。過去の研修内容のリスト化により受講者一覧を整理し把握しています。受講計画を作成し、職員は計画的に研修を受講しています。年度末（2月）にはまとめを行い、評価・見直しを行っています
 19. プリセプター制度による新入職員の人材育成を行っています。中堅職員はてんかん研修に派遣する等、階層や職務に応じた内部・外部研修を実施しています。研修履修履歴を把握し、計画的に研修を進めるとともに、事業計画作成時に職員の希望も募っています。
 20. 実習受入れ担当者として総主任を配置し、学校等との連絡調整を行っています。実習生等の受入れに関するマニュアルを整備していますが、実習指導者に対する研修は実施していません。

| 評価分類 | 評価項目 | 通番 | 評価細目 | 評価結果 | |
|------------------|-------------------------------------|----|------------------------------------|------|-------|
| | | | | 自己評価 | 第三者評価 |
| Ⅱ-3 運営の透明性の確保 | Ⅱ-3-(1) 運営の透明性を確保するための取組が行われている。 | 21 | ① 運営の透明性を確保するための情報公開が行われている。 | b | b |
| | | 22 | ② 公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組が行われている。 | a | a |

[自由記述欄]

21. ホームページや年2回発行する広報誌「やぎりょうだより」で施設の情報を公開しています。広報誌は利用者、家族、来園者への配布するとともに、行政の支所に設置し、誰もがみれるようにしています。第三者評価の受診結果は公表していますが、改善や対応状況の公表はしていません。
22. 法人監事による内部監査と、年1回税理士事務所の会計監査を受けています。経営改善については理事会で話し合い決裁していません。

| 評価分類 | 評価項目 | 通番 | 評価細目 | 評価結果 | | |
|--------------------|-------------------------------|---------------------------------|--|---------------------------------|-------|---|
| | | | | 自己評価 | 第三者評価 | |
| Ⅱ-4 地域との交流、地域貢献 | Ⅱ-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。 | 23 | ① 障害のある本人と地域との交流を広げるための取組を行っている。 | b | a | |
| | | 24 | ② ボランティア等の受入れに対する基本姿勢を明確にし体制を確立している。 | b | b | |
| | Ⅱ-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。 | 25 | ① 福祉施設・事業所として必要な社会資源を明確にし、関係機関等との連携が適切に行われている。 | b | b | |
| | | Ⅱ-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。 | 26 | ① 福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。 | b | b |
| | | | 27 | ② 地域の福祉ニーズに基づく公益的な事業・活動が行われている。 | c | b |

[自由記述欄]

23. 地元の小学校や支援学校に出向いて、一緒に作業や散歩をしたり、発表会を開催したり、勉強会の講師をする等の交流を行っています。また、地域住民との関係づくりのため地区清掃活動に職員と利用者が参加したり、行事にも定期的に参加しています。亀岡市で開催される創作かかしコンクールや地区文化祭に作品を出展する等の取組も行っていきます。
24. ボランティア受入れについて、マニュアルは策定していませんが、事業計画に受入れ姿勢を明記しています。現在は、コロナ禍の影響で受入れはしていませんが、コロナ前は演劇披露や秋まつりなどでボランティアを受入れていました。
25. 社会資源のリストは職員室に掲示して職員間で共有していますが、更新は滞っており、その都度ネットで調べています。月1回地区の障がい者支援ネットワーク会議が開催されていますが、全体として参加機関が少なく連携が取りにくい状況です。
26. 施設は福祉避難所に指定されており、地域における役割を担っています。施設の専門性を活かした小学校への出前講座を行っています。地域住民の生活に役立つ講演会や研修会等は開催していません。
27. 小学校や地域での活動参加時に情報交換し、ニーズ把握に努めていますが、コロナ禍で活動が減少しており、積極的に福祉ニーズを把握し計画、実施しているとは言えません。

Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

| 評価分類 | 評価項目 | 通番 | 評価細目 | 評価結果 | |
|--------------------|--|----|--|------|-------|
| | | | | 自己評価 | 第三者評価 |
| Ⅲ-1 本人本位の福祉サービス | Ⅲ-1-(1) 障害のある本人を尊重する姿勢が明示されている。 | 28 | ① 障害のある本人を尊重した福祉サービス提供について共通の理解をもつための取組を行っている。 | a | a |
| | | 29 | ② 障害のある本人のプライバシー保護等の権利擁護に配慮した福祉サービス提供が行われている。 | b | b |
| | Ⅲ-1-(2) 福祉サービスの提供に関する説明と同意(自己決定)が適切に行われている。 | 30 | ① 利用希望者に対して福祉サービス選択に必要な情報を積極的に提供している。 | a | a |
| | | 31 | ② 福祉サービスの開始・変更にあたり障害のある本人(家族・成年後見人等含む)にわかりやすく説明している。 | b | b |
| | | 32 | ③ 福祉施設・事業所の変更や家庭への移行等にあたり福祉サービスの継続性に配慮した対応を行っている。 | b | b |

[自由記述欄]

28. 研修会時に倫理綱領や行動規範を確認し、理念である「和顔愛語」のモットーが記載されたTシャツを職員に配布する等、職員に周知を図る取組を定期的に行っています。また、定期的に虐待防止委員会を開催し、人権への配慮についての状況把握や対応を行っています。

29. プライバシーに配慮した各種マニュアルを整備しきれませんが、権利擁護に関する研修を実施し、利用者個々に配慮したサービス提供が行えるように取組んでいます。利用者の意見・要望を記載できるように、提案用紙を設置していますが、特定の利用者からのみの発信となっています。2人部屋は、カーテンやパーテーション等の間仕切りはありません。

30. 写真を駆使したホームページや情報誌「園JOY」(月1回発行)、広報誌「やぎりょうだより」(年2回発行)を作成し、広報誌は行政の支所へ設置しています。入所希望者には、事業所の説明と見学会を行っています。

31. 福祉サービス利用契約時に福祉サービス等内容を家族や後見人等に説明し同意を得ていますが、利用者がわかりやすいような工夫や配慮は十分ではありません。

32. サービス終了時に他事業所へ引継ぎする際は、プロフィールシートやフェイスシート等を活用し、スムーズな移行と継続性の確保ができるように配慮していますが、手順は定めていません。

| 評価分類 | 評価項目 | 通番 | 評価細目 | 評価結果 | |
|--------------------|--|---|--|------------------------------|-------|
| | | | | 自己評価 | 第三者評価 |
| Ⅲ-1 本人本位の福祉サービス | Ⅲ-1-(3) 障害のある本人のニーズの充足に努めている。 | 33 | ① 障害のある本人のニーズの充足に向けた取組及び相談や意見を述べやすい環境を整備している。 | b | b |
| | | Ⅲ-1-(4) 障害のある本人が意見等を述べやすい体制が確保されている。 | 34 | ① 苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。 | b |
| | 35 | | ② 障害のある本人からの相談や意見に対して把握する仕組みがあり、組織的かつ迅速に対応している。 | b | b |
| | Ⅲ-1-(5) 安心・安全な福祉サービスの提供のための組織的な取組が行われている。 | 36 | ① 安心・安全な福祉サービスの提供を目的とするリスクマネジメント体制が構築されている。 | b | b |
| | | 37 | ② 感染症の予防や発生時における障害のある本人の安全確保のための体制を整備し、取組を行っている。 | a | a |
| | | 38 | ③ 災害時における障害のある本人の安全確保のための取組を組織的にしている。 | a | a |

[自由記述欄]

33. 月1回のさくらんぼ会(利用者自治会)で利用者の意見や要望、悩み事等を聴いています。利用が少なく使用者が限定的になってきていますが、相談苦情受付ボックスを設置しています。日常的に利用者に声を掛け、相談に応じていますが、匿名性のある取り組みは行っていません。

34. 苦情解決の仕組みはありますが、利用者や家族へのフィードバック、公表は不十分です。

35. 月1回のさくらんぼ会(利用者自治会)で意見や要望の吸い上げを行っていますが、アンケート等は実施していません。相談苦情受付ボックスの受付用紙は記名式です。相談や意見を受けた際の対応マニュアルは整備していません。

36. 2ヵ月に1回事故やヒヤリハット事例の検証を行っています。過去3年分の統計とグラフ化を行い推移を可視化しわかりやすい工夫をしています。また、緊急時の対応にプロフィールシートやフェイスシートを活用できるように整備しています。

37. 保健衛生会議を開催し、感染症予防マニュアル等を見直し、改善を行っています。また、感染対策委員会を設置し、保健衛生担当者による研修を定期的に行っています。

38. 防災担当者を置き、「緊急時・事故発生時・土砂災害対応マニュアル」を整備し、年2回の防災訓練(年1回は消防立会)の他、土砂災害訓練、避難訓練、通報訓練、初期消火訓練等を実施しています。施設は、福祉避難所に指定されており、備蓄、防災グッズも備え、地域との連携を行っています。

| 評価分類 | 評価項目 | 通番 | 評価細目 | 評価結果 | |
|------------------------|---|----|--|------|-------|
| | | | | 自己評価 | 第三者評価 |
| Ⅲ-2 福祉サービスの質 の確保 | Ⅲ-2-(1) 提供する福祉サービスの一定の水 準を確保するための実施方法が確 立している。 | 39 | ① 提供する福祉サービスについて一定の水準を確保するための 実施方法が文書化され福祉サービスが提供されるとともに見 直しをする仕組みが確立している。 | b | b |
| | Ⅲ-2-(2) 適切なアセスメントにより福祉 サービス実施計画が策定されてい る。 | 40 | ① アセスメントに基づく個別支援計画等を適切に策定してい る。 | b | a |
| | | 41 | ② 定期的に個別支援計画に基づく評価・見直しを行っている。 | b | a |
| | Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に 行われている。 | 42 | ① 障害のある本人に関する福祉サービス実施状況の記録が適切 に行われ、職員間で共有化されている。 | b | a |
| | | 43 | ② 障害のある本人に関する記録の管理体制が確立している。 | b | b |

[自由記述欄]

39. 「業務内容(夜勤・日直・遅出・早出)」に業務手順や食事準備支援のポイント等を明記し、入職時に職員に周知していますが、実施方法に基づいて実施されているかの確認や実施方法の検証・見直しは行っていません。プライバシーの保護に関する記載は不十分です。

40. サービス管理責任者を個別支援計画策定の責任者として設置し、記録ソフトのアセスメント様式にてアセスメントを実施しています。担当職員が利用者の意向を聴き取り、月1回開催する利用者担当者会議で職員が意見を出し合い個別支援計画に反映しています。個別支援計画とは別に同意書を作成し、利用者や家族等からの同意を得ています。

41. 3カ月に1回モニタリングを実施し、評価・見直ししています。利用者の意向把握が難しい場合もありますが、家族等の意見も聴き取り、栄養士や看護師等多職種にも意見を聴取し、個別支援計画を見直ししています。

42. 記録ソフトにサービス実施内容を記録しています。新入職員にはケース記録の書き方に関する研修を受講してもらい、記録内容に大きな差異が生じないように主任が指導しています。パソコン内で記録等が逐一閲覧でき、情報を共有できる仕組みがあります。

43. 「個人情報保護に関する方針」を利用者や家族等に説明し、職員に周知しています。文書取扱規程により記録の保管、保存、廃棄等を定めていますが、職員への周知は不十分です。ケースファイルは担当職員の机の棚に保管しています。

A 障害のある本人を尊重した日常生活支援

| 評価分類 | 評価項目 | 通番 | 評価細目 | 評価結果 | |
|----------------|--------------------------|----|-----------------------------------|------|-------|
| | | | | 自己評価 | 第三者評価 |
| A-1 支援の基本理念 | A-1-(1) 自立支援 | 44 | ① 障害のある本人の自己決定を尊重した個別支援と取組を行っている。 | b | b |
| | A-1-(2) 権利擁護 | 45 | ① 障害のある本人の権利侵害の防止等に関する取組が徹底されている。 | b | b |
| | A-1-(3) ノーマライゼーションの推進 | 46 | ① 誰もが当たり前暮らしの社会の実現に向けた取組を行っている。 | b | b |

[自由記述欄]

44. 意思表示がしにくい利用者には絵カードや写真等を見せて選択してもらうことで、利用者の自己決定を支援しています。利用者の要望に応じて買い物等の支援を行っています。毎月開催するさくらんぼ会で生活に関わるルールを話し合うこともあります。ただし、利用者の権利について職員が検討し、理解・共有する機会はありません。

45. 「虐待防止マニュアル」や「身体拘束・行動制限マニュアル」等を策定し、虐待防止研修を実施しています。「自己改善シート」裏面に行動規範の自己チェック表があり、職員が3カ月に1回自身の行動を振り返る機会を設けています。権利擁護や権利侵害について利用者への周知は行っていません。

46. 地域の理美容院を利用したり、欲しい物を買に出掛けたり、あたり前のことをあたり前に行える支援を意識していますが、職員に対してノーマライゼーション推進に関する研修を行う取組はありません。また、利用者個々の特性に応じた環境整備と個別支援を行っています。2人部屋に個々のスペースを区切る間仕切り等はありません。

| 評価分類 | 評価項目 | 通番 | 評価細目 | 評価結果 | |
|-------------|----------------------------|----|--|------|-------|
| | | | | 自己評価 | 第三者評価 |
| A-2 生活支援 | A-2-(1) 意思の尊重とコミュニケーション | 47 | ① 障害のある本人（子どもを含む）の心身の状況に応じたコミュニケーション手段の確保と必要な支援を行っている。 | b | a |
| | | 48 | ② 障害のある本人の意思を尊重する支援としての相談等を適切に行っている。 | b | a |
| | | 49 | ③ 障害のある本人の障害の状況に応じた専門的かつ多角的な視点から支援を行っている。 | a | a |
| | A-2-(2) 日常的生活支援及び日中活動支援 | 50 | ① 個別支援計画に基づく日常的生活支援及び日中活動の支援を行っている。 | a | a |
| | A-2-(3) 生活環境 | 51 | ① 障害のある本人の快適性と安心・安全に配慮した環境が確保されている。 | b | b |

[自由記述欄]

47. 利用者が意思表示しやすくするために絵カードや写真を用いたり、利用者特有のジェスチャーを把握する等して利用者の状態に合わせたコミュニケーション方法で支援を行っています。また、必要に応じて個別支援計画にコミュニケーションに関する項目を盛り込み支援しています。現在、コミュニケーション機器を活用することはありませんが、表現しにくい利用者の場合は家族等から意向を聴いています。

48. 担当職員による個別相談を適宜行っています。イベント等があれば利用者に情報提供を行い、自己選択できる機会を設けています。毎月男女別の利用者担当者会議を開催し、会議で担当職員とサービス管理責任者等関係者による利用者個々の情報共有や検討を行っています。

49. 職員を順次、強度行動障害支援者養成研修やてんかん基礎講座に派遣し、専門知識の習得と支援の向上が図れるように取り組んでいます。研修資料は回覧し、皆が確認できる環境を整えています。利用者其々に必要な配慮を「利用者支援内容等一覧表」で把握・共有しています。

50. 食事面では、利用者の嚥下機能や障害特性に応じて食事形態を変更したり、小分け食にして食べやすい方法で提供しています。自力歩行が難しい利用者には付き添いや車椅子を使用する等して移動の支援を行っています。日中活動として、散歩やレクリエーションを行う生活班、健康体操や創作・手芸を行う健康班、畑作業や環境整備を行う環境班があり、日中活動や支援内容等は、日誌報告や記録等を基に定期的に担当チームが検討し、利用者の希望等も考慮しながら半年に1回見直ししています。

51. 利用者の居室や日中活動の場所は整理整頓し、安全に移動や作業が行えるようにしています。居室ではIC機器を使って動画視聴等ができる快適な環境を整えています。転倒の危険性がある場合は、居室に緩衝材を設置する等して対策しています。利用者が他利用者に影響を及ぼしそうな状況が生じれば、静養室を利用する等して落ち着いて過ごせる環境を整えています。2012年の耐震化工事に合わせて居住棟を増築し、個室の確保と4人部屋を2人部屋へと改修されましたが、2人部屋に間仕切りはありません。

評価結果対比シート(障害)

| 評価分類 | 評価項目 | 通番 | 評価細目 | 評価結果 | |
|-------------|-------------------------|----|--|------|-------|
| | | | | 自己評価 | 第三者評価 |
| A-2 生活支援 | A-2-(4) 機能訓練・生活訓練 | 52 | ① 障害のある本人の心身の状況に応じた機能訓練・生活訓練を行っている。 | - | - |
| | A-2-(5) 社会生活を営むための支援 | 53 | ① 障害のある本人の希望と意向を尊重した社会生活を営む力をつけるための支援を行っている。 | b | b |
| | A-2-(6) 健康管理・医療的な支援 | 54 | ① 障害のある本人の健康状態の把握と体調変化時の迅速な対応等を適切に行っている。 | a | a |
| | | 55 | ② 医療的な支援について適切に提供(連携)する仕組みがある。 | a | a |

[自由記述欄]

52. 非該当
 53. コロナ禍による制限はありますが、帰宅や面会は可能です。社会参加として、地区の文化祭に作品を出展したり、2022年度は初めて亀岡市の創作かかしコンテストに応募して創作かかしを展示しました。利用者や家族等の希望と意向を尊重した社会参加や学習の支援は行っていません。
 54. 健康管理として月1回嘱託医の対面での診察、歯科医や歯科衛生士による口腔クリーニング、毎日起床時と夕方の検温や、医師から指示があれば毎日の血圧測定や肺疾患がある利用者の酸素飽和度の測定等を行っています。通院や年1回の健康診断、市民検診には看護師が付き添っています。体調不良時には看護師が対応し、直ぐに嘱託医に連絡が取れる体制を整えています。
 55. 薬の管理は看護師が行っています。保健衛生班の職員が看護師による医務活動のサポートをしており、医療的な研修受講後に他職員に伝達する等の取組を行っています。また、年2回実施する緊急時対応訓練のうち1回は、消防署員に来てもらい緊急時対応方法について指導を受けています。

| 評価分類 | 評価項目 | 通番 | 評価細目 | 評価結果 | |
|-------------|--------------------------------|----|--|------|-------|
| | | | | 自己評価 | 第三者評価 |
| A-2 生活支援 | A-2-(7) 地域生活への移行と地域生活の支援 | 56 | ① 障害のある本人の希望と意向を尊重した地域生活への移行や地域生活のための支援を行っている。 | c | c |
| | A-2-(8) 家族等との連携・交流と家族支援 | 57 | ① 障害のある本人の家族等との連携・交流と家族支援を行っている。 | b | b |
| | A-2-(9) はたらくことや活動・生活する力への支援 | 58 | ① 障害のある本人の活動・生活する力や可能性を尊重した支援を行っている。 | b | a |
| | | 59 | ② 障害のある本人に応じて適切な仕事内容等となるように取組と配慮を行っている。 | - | - |

[自由記述欄]

56. 利用者の高齢化や重度化により、障害者支援施設から高齢者施設への入居に繋ぐことはありますが、地域生活への移行までは考えていません。施設入所歴37年以上の利用者が10名以上おられます。
 57. 月1回担当職員から家族等へ近況報告を行い、怪我や事故等があった場合は管理職が家族等に連絡しています。行事等の様子を施設情報誌「園JOY」にまとめて毎月家族等に発送しています。コロナ前は保護者会を開催し、座談会をしていましたが、最近は家族等と意見交換する機会はありません。
 58. コロナ禍による活動機会の減少に対してルームランナーを購入し、スタンプカードを用いることで利用者の意欲促進を図り、活動量を確保しています。また、ミュージックケアにより利用者が主体的に表現できる機会を設けたり、施設の菜園で採れた野菜等をさくらんぼ会の調理実習で使い、皆で美味しく食べることを通して活動意欲の促進を図っています。内職の電気配線用絶縁ステッルの仕上げ作業では利用者が楽しみながら作業できる工夫もしています。内職探しでは寮長が商工会議所に掛け合う等しており、地域の企業や関係機関等との連携・協力のもとに利用者支援を行っています。
 59. 非該当

| 評価分類 | 評価項目 | 通番 | 評価細目 | 評価結果 | |
|-------------|-----------------|----|-----------------------------------|------|-------|
| | | | | 自己評価 | 第三者評価 |
| A-3 就労支援 | A-3-(1) 就労支援 | 60 | ① 職場開拓と就職活動の支援、定着支援等の取組や工夫を行っている。 | - | - |

[自由記述欄]

60. 非該当